

扬州市医疗保险基金管理中心文件

扬医中〔2022〕33号

关于进一步完善长护保险上门照护服务 经办规程的通知

各区县医保经办机构、长护保险承办机构、定点照护服务机构：

为进一步健全我市长护保险经办服务体系，规范长期护理保险居家上门服务管理，保障参保人员的基本照护需求，提升居家上门照护服务质效，促进照护服务市场规范、有序发展，现对居家上门照护服务经办作适当完善，现通知如下：

一、规范照护机构照护人员的管理

定点照护服务机构专职照护人员需与该机构签订劳动合同，并在本机构缴纳职工医疗保险，且每家照护机构缴纳职工医疗保险的专职上门照护人员不得低于10人，且至少10名照护人员必须有实际照护服务内容。

其他照护人员需按劳务合同内容缴纳相应的医疗保险（退休

人员依法参加相应的医疗保险)。未按规定缴纳基本医疗保险的照护人员,不得从事上门照护服务。照护机构离职人员相关信息,需及时报备承办机构审核。专职照护人员数量低于 10 人以下的,应当在一个月內招聘人员到位。不能保证人员到位的,由承办机构暂停其对新增人员照护服务协议签订;三个月內人员未到位的,由医保经办机构暂停长护保险费用结算;六个月及以上人员未到位的,或六个月内未提供任何照护服务的照护机构,由医保经办机构解除长护保险定点服务协议。

每名照护人员最多可为 12 名重度失能人员提供照护服务。各上门照护机构不得通过恶意竞争的方式,拉拢其他照护机构照护人员。照护人员执业照护机构每年限二次变更,并按规定流程,提交相应的申请材料,承办机构审核通过后方可变更。每名照护人员一个年度內,变更超过二次的,暂停其照护服务资格,待下个年度方可实施变更。连续二年被暂停服务资格的照护人员,从第三年算起,三年内不得从事上门照护服务。

照护机构相关照护服务人员,在变换执业单位后,通过恶意怂恿、教唆或以现金返还、物品馈赠等方式诱导原服务对象进行照护机构变更的,一经查实,暂停机构上门服务资格 1—3 个月,情节严重的取消机构照护服务资格。

二、建立照护服务机构等级管理制度

按照照护服务机构专职照护人员数量,对照护机构实行分类管理,暂将照护服务机构划分为 A、B、C 三个类别等级:

50 名以上为 A 类，20—50 名之间的为 B 类，10—20 名之间的为 C 类。

照护服务机构可与申请失能等级评估的人员，在申请失能等级鉴定前，签订照护服务意向协议书（附件 1）。按照照护服务机构分类不同确定相应的人数，实行照护服务机构双向自主选择（按自然月计算），其中 A 类照护服务机构可选择 20 人，B 类照护机构可选择 10 人，C 类照护机构可选择 5 人。A 类和 B 类照护服务机构向承办机构递交意向协议书进行备案，初评通过率不得低于 80%。如连续两个月初评通过率低于 80% 的作降级处理，对应下调至下一等级。连续三个月低于 80% 的，取消自主双向选择资格 3 个月。根据专职照护人员数量和机构考核情况，每家照护服务机构每年可由所属承办机构出具报告，申请升级一次。

建立并落实上门照护服务常态化巡查制度，各承办机构应对所属区上门照护服务机构的申请、派单、变更、服务质量等情况进行逐项检查，每月形成书面分析汇总报告，报承办所属区域医保经办机构。

三、建立随机分工派单的机制

承办机构受理失能人员申请后，应由具备失能等级鉴定评估能力的工作人员先进行初步筛查，对明显不符合准入标准的申请，不得受理，并做好宣传解释工作。每年承办机构初筛后失能等级评估通过率应达到 85% 以上，并计入年终考核范围。

全面实施重度失能人员上门照护服务信息系统随机派单制。

除照护机构每月固定签订意向协议的并认定重度失能人员外，其他无意向协议的人员在结果公示后通过信息系统进行随机分配，分配结果由承办机构在公示结束后的两个工作日内推送给重度失能人员和照护服务机构。

明确分配规则：根据上门照护服务机构数量，除本批次通过失能等级评估鉴定且与机构签订意向协议的重度失能人员外，剩余人员全部实施平均分配。如初始分配后仍有未分配的人员，余数人员按机构编号顺序单个分配，下一批次的余数部分从本批次结束编号的下一编号开始分配，以此类推。已通过失能等级评估并确定为重度失能的参保人员，首次选择上门照护服务，进入分配系统随机分配。

每月上门照护机构自行签订意向协议的人员如果评估后不符合享受待遇的，不得补足其该预定的人员数量。如照护机构出现恶意竞争导致严重影响或基金损失，按相关协议及法律法规进行处理。

派单过程中，发现机构存在违反“管理服务协议”行为并查实的，可根据情节轻重调整机构级别。同时，季度、半年、年度考核结果将作为各机构下年度级别定级的重要依据。

四、先体验服务，后签订协议

定点照护服务机构收到分配结果后，在两个工作日内向承办机构确认是否能够提供服务，确定可提供服务的需在两个工作日内对指定失能人员提供上门照护体验服务，失能人员对上门服务

人员服务质量满意的可与照护服务机构签订协议，填写风险告知同意书（附件2）。照护机构未在规定时间内反馈确认或确认不能提供服务的，视同放弃本次派单资格，不得申请替补，并需向承办机构说明原因。失能人员拒绝体验服务或体验后拒绝与照护服务机构签约的，需说明情况并进入二次分配。首次分配签约不成功的在名单公示期满第5个工作日进行二次平均分配（非首次分配服务机构）。二次分配仍按首次分配流程，先进行体验服务，再进行签约。二次分配后失能人员仍拒绝签约的，暂停其享受上门照护服务资格三个月，待暂停期满后首次集中评审会后，再实施统一分配。

照护服务机构须本着失能参保人员的实际需求和自愿原则，对确定无居家上门服务需求的失能人员，各定点照护服务机构不得怂恿、唆使、利诱失能人员进行上门照护服务，不得冒充医保中心或承办机构名义进行不实宣传。造成恶劣影响的，由医保经办机构按照协议予以处理。

五、进一步规范定点照护机构管理。

照护机构与失能人员签订服务协议后，严格按照协议开展服务，不得随意增减服务时长、修改服务频次、开展非照护服务行为。不得擅自向失能人员及家属做出任何不符合政策规定、超出协议范围的承诺和行为。照护服务机构被暂停结算或解除协议，其提供上门照护服务的失能人员或其代理人，可申请随机分配新照护服务机构。

失能人员因居住地发生变化或定点照护服务机构护理质量不能使失能人员满意的，可以书面向承办机构提出申请，承办机构五个工作日内通过调查核实后予以“同意或不同意变更”的回复，并在回复当日两个工作日内，进入随机分配信息系统编号推送。失能人员每年度限变更照护机构二次（不包括因原照护服务机构暂停或解除协议导致的变更申请），失能人员如对照护机构提供服务不满意的，可要求照护机构更换上门照护服务人员。定点照护机构连续 30 天内因服务质量等原因，被变更人数达到 3 人的，自变更当日起的 3 个批次内，暂停向该定点照护服务机构派单。定点照护服务机构发生违反长护保险相关服务规定或照护服务协议接受调查期间，暂停该机构的派单工作。定点照护服务机构的照护服务人员如有增减改动，应向承办机构提交书面申请材料，按规定流程审核通过后由承办机构在信息系统中进行增减操作。

各县市医保经办机构可结合当地实际，制定符合当地长护保险经办情况的照护服务机构等级管理机制。

扬州市医疗保险基金管理中心

2022 年 6 月 24 日

扬州市医疗保险基金管理中心

2022 年 6 月 24 日印

附件 1:

选择居家上门照护机构意向书

申请人姓名:

身份证号码:

联系方式:

居住地址:

若申请人经评估后可以享受失能保险服务, 自愿选择如下:

☐ 1. 自愿选择照护机构服务;

照护机构名称:

☐ 2. 自愿选择服务套餐;

服务包名称:

申请人:

代理人:

日期:

附件 2:

扬州市长期护理保险居家上门照护服务风险告知同意书

一、基本信息			
参保人姓名		身份证号	
家属姓名		身份证号	
与参保人关系		联系方式	
参保人疾病概述			
选择照护服务包名称			
二、风险告知事项			
<p>1. 为避免不必要的纠纷,首次进行居家上门照护服务前服务人员宣导风险告知书时家属须在场。</p> <p>2. 家属有向参保人其他家庭成员宣导风险告知书的义务,服务人员在今后的照护服务中不再重复宣导。</p> <p>3. 参保人因患有不同程度的心脑血管疾病等高危致病因素,在服务过程中有可能突发心肌梗塞、脑血管意外、休克、猝死等情况。</p> <p>4. 对因疾病导致参保人吞咽障碍,在照护饮食(水)过程中有可能出现吞咽呛咳、噎食、导致吸入性肺炎、窒息等意外。</p> <p>5. 参保人因长期卧床易发生压疮。对已发生的压疮,由于家属对预防压疮知识缺乏,导致压疮加重或严重感染等。</p> <p>6. 服务人员对照护人进行照护服务时,因参保人的不配合可能导致跌倒、坠床及其它不可预计的风险。</p> <p>7. 服务人员对照护人进行管道护理时存在管道滑脱、感染及其他相关并发症等风险。</p>			

8. 服务人员为参保人换药时，因居住环境达不到医疗环境要求及参保人自身机体状况差，由于家属预防感染意识不足，仍存在感染、伤口延期愈合等风险。

9. 参保人由于病情及身体状况变化较大, 服务人员在服务期间, 如参保人发生病情变化急需抢救应立即停止服务并及时协助家属就医。

10. 服务期间，参保人家中须至少一位家属在场以配合监督，避免产生不必要的纠纷，如财产损失、服务纠纷等。

11、参保人员入住非定点照护机构的，如选择居家亲情上门照护服务，参保人员家属应事先与所入住机构做好沟通，保证服务顺利开展。

三、告知接受确认

以上服务风险事项，服务人员已向参保人和其家属告知并解释清楚，参保人和其家属对此表示理解并接受。在照护服务中存在的风险，参保人及家属承诺自行承担。

为保证服务安全和规范，本人同意对服务过程进行摄录。

参保人或其家属签名: _____ 年 月 日

服务人员签名: 年 月 日

注：本知情同意书一式三份，参保人、定点照护服务机构、承办机构各一份。

照护服务举报监督电话：80978657、80976263（如果照护人员服务项目不全、服务时间不足、操作不够规范，请联系我们，以便及时改进工作，提高服务质量）。